

Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009–2012



Passivrauchbelastung

Einleitung

Unter Passivrauchen wird das (unfreiwillige) Einatmen von Tabakrauch aus der Umgebungsluft verstanden (DKFZ 2015a). Neben dem aktiven Rauchen erhöht auch das indirekte Inhalieren des Tabakrauchs das Risiko für schwerwiegende Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Krebserkrankungen (DKFZ 2010; DKFZ 2015a). Schätzungen zeigen, dass pro Jahr rund 3.300 Todesfälle in Deutschland auf das Passivrauchen zurückzuführen sind (Keil et al. 2005).

Kinder und Jugendliche reagieren besonders empfindlich auf Tabakrauch. Verglichen mit Erwachsenen haben sie eine höhere Atemfrequenz und nehmen entsprechend mehr Giftstoffe auf. Da die Entwicklung ihrer Organe noch nicht abgeschlossen ist, können sie diese zudem schlechter abbauen. Heranwachsende, die Tabakrauch ausgesetzt sind, leiden u.a. häufiger an Husten, Kurzatmigkeit, Erkrankungen der unteren Atemwege und Mittelohrentzündungen (DKFZ 2015a).

Indikator

In KiGGS Welle 1 wurde die Passivrauchbelastung von 11- bis 17-jährigen Jugendlichen mit folgender Frage erfasst: »Wie häufig hältst du dich in Räumen auf, in denen geraucht wird?«. Darüber hinaus wurden die Eltern gefragt »Wird in der Gegenwart Ihres Kindes in der Wohnung geraucht?«. Die Antwortkategorien für beide Fragen lauteten: »täglich«, »mehrmals pro Woche«, »einmal pro Woche«, »seltener als einmal pro Woche« und »nie«.

In den Tabellen wird zum einen der Anteil der nicht-rauchenden Jugendlichen dargestellt, die mehrmals pro Woche oder täglich einer Passivrauchbelastung ausgesetzt sind. Zum anderen wird der Anteil der Eltern berichtet, die angeben, dass in der Wohnung in Gegenwart ihres Kindes täglich oder mehrmals pro Woche geraucht wird. Die Ergebnisse werden dabei nach Geschlecht, Alter und Sozialstatus der Jugendlichen stratifiziert.

Kernaussagen

- Insgesamt halten sich 18,8 % der Jugendlichen (18,7 % der Mädchen; 19,0 % der Jungen) täglich oder mehrmals pro Woche in Räumen auf, in denen geraucht wird.
- 7,9 % der Eltern geben an, dass in ihrer Wohnung in Gegenwart des Kindes geraucht wird.
- Ältere Jugendliche sind deutlich häufiger Passivrauch ausgesetzt als jüngere Jugendliche.
- Bei Mädchen und Jungen aus Familien mit hohem Sozialstatus ist die Passivrauchbelastung signifikant geringer als bei Mädchen und Jungen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus.

Einordnung der Ergebnisse

In KiGGS Welle 1 geben 18,8 % der Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren an, dass sie sich täglich oder mehrmals pro Woche in Räumen aufhalten, in denen geraucht wird. Ferner berichten 7,9 % der Eltern, dass in Gegenwart ihrer Kinder in der Wohnung geraucht wird.

Mädchen und Jungen sind Tabakrauch in etwa gleich häufig ausgesetzt. Mit dem Alter nimmt bei den Jugendlichen die Passivrauchbelastung zu. Ist zwischen dem 11. und 13. Lebensjahr jeder siebte Jugendliche betroffen, ist es zwischen dem 14. und 17. Lebensjahr jeder vierte. Hinsichtlich des Sozialstatus lassen sich bedeutende Unterschiede in der Passivrauchbelastung beobachten. Jugendliche aus Familien mit hohem Sozialstatus sind signifikant seltener Tabakrauch ausgesetzt als Jugendliche aus Familien mit mittlerem oder niedrigem Status. Dies zeigt sich auch im häuslichen Umfeld. Bei insgesamt 15 % der Jugendlichen aus Familien der niedrigen Statusgruppe geben die Eltern an, dass täglich oder mehrmals pro Woche in ihrer Wohnung im Beisein des Kindes geraucht wird. Bei Mädchen und Jungen aus Familien der mittleren Statusgruppe sind dies 7,1 %, bei solchen aus Familien der hohen Statusgruppe 1,8 %.

Aussagen zur zeitlichen Entwicklung der Passivrauchbelastung in Deutschland können im Vergleich von KiGGS Welle 1 mit der KiGGS-Basiserhebung (KiGGS-Basis), die von 2003–2006 durchgeführt

wurde, gemacht werden. Die Gegenüberstellung der Erhebungen zeigt, dass die Passivrauchbelastung in den vergangenen Jahren stark zurückgegangen ist: Von KiGGS-Basis zu KiGGS Welle 1 hat sich der Anteil an Jugendlichen, die regelmäßig exponiert sind, annähernd halbiert (35,1 % vs. 18,8 %) (Kuntz, Lampert 2016). Diese positive Entwicklung, die auch international zu beobachten ist (Raisamo et al. 2014, McIntire et al. 2014), ist vermutlich auf das Zusammenspiel verschiedener Nichtraucherschutzmaßnahmen zurückzuführen. Zu diesen gehören in Deutschland beispielsweise die seit 2007 erlassenen Nichtraucherschutzgesetze des Bundes und der Länder, die das Rauchen in öffentlichen Gebäuden, Verkehrsmitteln, Schulen und Krankenhäusern sowie Diskotheken und gastronomischen Betrieben verbieten bzw. einschränken (DKFZ 2014; DKFZ 2015a). Darüber hinaus haben vermutlich Erhöhungen der Tabaksteuer und Aufklärungskampagnen in der Bevölkerung zu diesem Erfolg beigetragen (Lampert, Kuntz, KiGGS Study Group 2014).

Als weiteren Schritt im Nichtraucherschutz wird seit Mitte des Jahres verstärkt ein Rauchverbot in Autos diskutiert, das bei Mitfahrt von Minderjährigen zu beachten wäre (Die Drogenbeauftragte des Bundes 2015; DKFZ 2015b).

Hinweis: Eine detaillierte Studienbeschreibung sowie methodische Erläuterungen sind auf der Internetseite der KiGGS-Studie www.kiggs-studie.de zu finden sowie bei Lange et al. (2014). Weiterführende Ergebnisse zu Passivrauchen bei Jugendlichen finden sich bei Kuntz & Lampert (2016).

Literatur

- Die Drogenbeauftragte des Bundes (2015) Pressemitteilung Nr. 19. Die Mehrheit ist vernünftig – Umfrage zeigt dennoch: Müssen mehr machen, um Kinder vor Rauch im Auto zu schützen. www.drogenbeauftragte.de (Stand: 22.01.2016)
- DKFZ – Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) (2010) Schutz der Familie vor Tabakrauch. DKFZ, Heidelberg
- DKFZ – Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) (2014) Tabakprävention in Deutschland – was wirkt wirklich? Aus der Wissenschaft – für die Politik. DKFZ, Heidelberg
- DKFZ – Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) (2015a) Tabakatlas Deutschland 2015. Pabst Science Publishers, Lengerich
- DKFZ – Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2015b) Rauchfrei im Auto in Anwesenheit von Kindern. Aus der Wissenschaft – für die Politik. DKFZ, Heidelberg
- Keil U, Becher H, Heidrich J et al. (2005) Passivrauchbedingte Morbidität und Mortalität in Deutschland. In: Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg) Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Band 5. DKFZ, Heidelberg, S. 20–34
- Kuntz B, Lampert T (2016) Tabakkonsum und Passivrauchbelastung bei Jugendlichen in Deutschland. Verbreitung, zeitliche Entwicklung und soziale Unterschiede. Dtsch Arztebl Int 113:23–30
- Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2014) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 57(7):830–839 www.edoc.rki.de (Stand 22.01.2016)
- Lange M, Butschalowsky HG, Jentsch F et al. (2014) Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50(7):747–761 www.edoc.rki.de (Stand: 22.01.2016)
- McIntire RK, Macy JT, Seo DC et al. (2014) Secondhand smoke exposure in cars and rooms: trend comparisons among subpopulations of nonsmoking U.S. middle and high school students. Nicotine Tob Res 16(6):663–671
- Raisamo SU, Doku DT, Heloma A et al. (2014) Persistence of socioeconomic differences in adolescents' environmental tobacco smoke exposure in Finland: 1991–2009. Scand J Public Health 42(2):184–193

Tabelle 1

Passivrauchbelastung von nichtrauchenden 11- bis 17-jährigen Mädchen, nach Alter und Sozialstatus

	Passivrauchbelastung täglich oder mehrmals pro Woche		Anteil der Eltern, die angeben, dass in Gegenwart ihres Kindes täglich oder mehrmals pro Woche geraucht wird	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Mädchen	18,7	(16,5 – 21,1)	8,8	(7,1 – 10,9)
Alter				
11 – 13 Jahre	14,2	(11,0 – 18,0)	8,0	(5,7 – 11,3)
14 – 17 Jahre	22,8	(19,2 – 26,7)	9,5	(7,0 – 12,7)
Sozialstatus				
Niedrig	26,8	(20,2 – 34,4)	16,1	(10,8 – 23,3)
Mittel	19,0	(16,2 – 22,2)	8,6	(6,5 – 11,3)
Hoch	9,1	(6,9 – 11,8)	1,2	(0,6 – 2,5)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	18,8	(17,3 – 20,4)	7,9	(6,7 – 9,2)

Tabelle 2

Passivrauchbelastung von nichtrauchenden 11- bis 17-jährigen Jungen, nach Alter und Sozialstatus

	Passivrauchbelastung täglich oder mehrmals pro Woche		Anteil der Eltern, die angeben, dass in Gegenwart ihres Kindes täglich oder mehrmals pro Woche geraucht wird	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Jungen	19,0	(16,9 – 21,3)	7,0	(5,3 – 9,1)
Alter				
11 – 13 Jahre	11,8	(9,3 – 14,9)	6,7	(4,6 – 9,6)
14 – 17 Jahre	25,8	(22,5 – 29,3)	7,2	(5,0 – 10,3)
Sozialstatus				
Niedrig	26,1	(19,9 – 33,4)	14,0	(9,0 – 21,2)
Mittel	19,6	(16,8 – 22,7)	5,6	(4,1 – 7,6)
Hoch	7,4	(5,2 – 10,4)	2,3	(1,1 – 5,0)
Gesamt (Mädchen und Jungen)	18,8	(17,3 – 20,4)	7,9	(6,7 – 9,2)

Redaktion

Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Martina Rabenberg, Johannes Zeiher, Dr. Laura Krause,
Panagiotis Kamtsiuris, Dr. Thomas Ziese
General-Pape-Straße 62–66
12101 Berlin

DOI: 10.17886/RKI-GBE-2016-001

Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Passivrauchbelastung.
Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von
Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folge-
befragung 2009–2012. RKI, Berlin
www.kiggs-studie.de (Stand: 22.01.2016)